

SO_GERICHTE VSBES.2017.122 vom 16. April 2018

SO Obergericht, 2018-04-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.122_d20180416

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.122 du 16 avril 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.122 del 16 aprile 2018

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung vom 17. März 2017 sei aufzuheben. 2.1 Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer ab dem 1. September 2014 und auch über den 1. April 2015 hinaus eine ganze IV-Rente auszurichten. 2.2 Eventualiter sei ein polydisziplinäres (Psychiatrie, Psychosomatik, Neurologie, Onkologie) Gerichtsgutachten einzuholen und die Beschwerdegegnerin gestützt auf dieses Ergebnis zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab dem 1. September 2014 und auch über den 1. April 2015 hinaus eine ganze IV-Rente auszurichten. 3. Es sei gestützt auf Art. 6 Ziffer 1 EMRK und Art. 29 f. BV eine öffentliche Gerichtsverhandlung durchzuführen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (inkl. MWSt) zulasten der Beschwerdegegnerin. 3. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2017 (A.S. 34 f.) auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Verfügung vom 8. September 2017 (A.S. 39) stellt der Präsident des Versicherungsgerichts fest, der Beschwerdeführer habe auf das Einreichen einer Replik verzichtet. 5. Die mit Eingabe vom 19. September 2017 (A.S. 40 ff.) durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote geht mit Verfügung vom 21. September 2017 (A.S. 43) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 6. Mit Verfügung vom 25. September 2017 (A.S. 44) werden die IV-Akten an die Beschwerdegegnerin retourniert, damit sie diese in paginierter Form einreiche. 7. Mit Eingabe vom 29. März 2018 (A.S. 48) lässt der Beschwerdeführer den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurückziehen. 8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 17. März 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf

dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). 3.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222). 3.4 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

E. 4

Status nach erst- bis zweitgradiger Verbrennung am rechten Unterschenkel und erstgradiger Verbrennung am linken Unterschenkel (ICD-10 T24.20) Insgesamt kämen die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass beim Exploranden für körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten keine zumutbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Arbeitsfähigkeit könnte durch körperliches Training, Gewichtsverlust und den Faktor Zeit nach den Chemotherapien noch gesteigert werden. Ab Anfang August 2013 bis mindestens Ende Mai 2014 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach sei ein schrittweiser Wiederaufbau des Arbeitspensums möglich gewesen bis auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50 %. Arbiträr sei von Juni bis Dezember 2014 eine Arbeitsfähigkeit

von 25 % anzunehmen, ab Januar 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Spätestens ab Januar 2017 sollte die Arbeitsfähigkeit 80 % betragen. Die Selbsteinschätzung des Exploranden, wonach keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, könne auch aus somatischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Es bestehe im Moment sicher eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, welche durch körperliches Training und Gewichtsreduktion noch weiter verbessert werden könne. Es werde zu einer Gewichtsreduktion und zu einem gezielten körperlichen Trainingsprogramm geraten. Es sollten regelmässige Nachsorgeuntersuchungen bezüglich des Karzinoms sowie regelmässige Vitamin B12-Substitutionen erfolgen. Aus gastroenterologischer Sicht werde zu einer Ernährungsberatung geraten. Aus psychiatrischer Sicht seien die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft. Es könnte jederzeit eine antidepressive Medikation verordnet werden, falls dies notwendig sein sollte. Prinzipiell könnte die regelmässige Einnahme eines sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivums auf die Nacht hilfreich sein, auch bereits in niedriger Dosierung. Aus allgemeininternistischer Sicht werde ebenfalls zu einer Gewichtsreduktion geraten. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Exploranden nicht empfohlen werden, da sie kaum erfolgsversprechend umgesetzt werden könnten (S. 19).

6.15 Dr. med. B.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 31. August 2016 (IV-Nr. 81) fest, das eingegangene Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ sei nachvollziehbar und schlüssig. Allgemeininternistisch: unauffällig weiche Bauchdecke, normale Darmgeräusche. Sonst normale Befunde, keine Arbeitsunfähigkeit begründbar. Psychiatrisch: leichte Depression ICD-10 F32.0, Ängste vor Tumorrezidiv, ohne adäquate Therapie, berufliche Massnahmen seien wegen der ausgeprägten Krankheitsüberzeugung nicht sinnvoll, wären aber zumutbar. Das private Aktivitätsniveau sei erhalten: Mithilfe im Haushalt, stundenlange Busfahrten seien möglich. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen sei versicherungsmedizinisch nicht haltbar. Onkologisch: es könne eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten angenommen werden, durch Gewichtsabnahme und körperliche Rekonditionierung wäre eine Besserung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % möglich. Prognostisch bestehe aktuell nach zweijähriger vollständiger Remission ein Rezidivrisiko von 20 %. Der vom Onkologen geschilderte Handtremor rechts werde weder vom allgemeininternistischen Gutachter, noch von den Behandlern erwähnt und sei somit nicht durchgehend vorhanden gewesen, weswegen keine weiteren Abklärungen notwendig seien. Gastroenterologische Untersuchung im Rahmen des Gutachtens: die Bauchdecke sei in dieser Situation indolent gewesen (entgegen den allgemeininternistischen und onkologischen Untersuchungen, wo eine Druckdolenz beschrieben worden sei). Körperlich belastende Tätigkeiten könnten nicht zugemutet werden, für leichte Tätigkeiten sei ein ganztägiger Einsatz möglich mit Leistungseinbusse durch erhöhten Pausenbedarf. Arbeitsunfähigkeitsverlauf: 100%ige Arbeitsunfähigkeit August 2013 - Mai 2014, danach schrittweiser Wiederaufbau mit 25 % Arbeitsfähigkeit von Juli bis Dezember 2014, ab Januar 2015 50 % Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Tätigkeit. Vor der Beantwortung der Fragen betreffend die Arbeitsfähigkeit müsse den Gutachtern eine Rückfrage vorgelegt werden. Betreffend die ab spätestens Januar 2017 zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % nach Gewichtsabnahme und Rekonditionierung sei folgende Rückfrage notwendig: «Wir bitten Sie ergänzend zum Gutachten um folgende zusätzliche Angaben: Ist die Interpretation korrekt, dass die zumutbare Arbeitsfähigkeit nach Gewichtsabnahme und Rekonditionierung 80 % betragen würde? Ausserdem Frage betreffend Zeit nach Chemotherapie: Wieviel Zeit nach Abschluss der Chemotherapie ist

anzunehmen? Der im onkologischen Gutachten beobachtete Handtremor rechts wurde allgemeininternistisch nicht gesehen und ist auch sonst seitens [der] Behandler nirgends dokumentiert. Beim Beschwerdeführer war während der Untersuchung die Bauchdecke druckdolent, ausser in der gastroenterologischen Untersuchung am 10. Mai 2016. Wir bitten dazu um einen ergänzenden Kommentar. Vielen Dank.».

6.16 Dr. med. I.____ und Dr. med. W.____, Begutachtungsstelle H.____, hielten in ihrem Schreiben vom 7. September 2016 (IV-Nr. 83) fest, das Gewicht bzw. die Gewichtsabnahme sei nicht in die Arbeitsfähigkeit einbezogen worden, wie dem Gutachten zu entnehmen sei, insbesondere im allgemeininternistischen Teil dargelegt. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit beziehe sich auf den zunehmenden Abstand von den onkologischen Therapien. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten sei also dieser Problematik, dem Verlauf nach Chemotherapie, zuzuordnen. Der Handtremor sei nicht als konsistent in den verschiedenen Untersuchungen zugeordnet worden und sei dementsprechend ohne wesentliche Beeinflussung der Situation. Die Bauchdeckenuntersuchungen seien bei den drei Untersuchungen mit einerseits diffuser Schmerzangabe, dann Schmerzangabe nur bei tiefer Palpation und gar keiner Schmerzangabe, inkonsistent gewesen. Dementsprechend bestehe hier keine reproduzierbare Situation, die speziell anzumerken wäre. Zusammenfassend ergebe sich aus der Beantwortung dieser gestellten Frage kein Anlass, an der bestehenden Begutachtung etwas zu ändern, so dass weiterhin voll darauf abzustützen sei.

6.17 Dr. med. B.____, RAD, verwies in ihrer ergänzenden Stellungnahme zur Antwort der Begutachtungsstelle H.____ vom 20. September 2016 (IV-Nr. 85) auf den Protokolleintrag vom 20. September 2016: Die Prognose der Arbeitsunfähigkeit der Zukunft bleibe arbiträr. Aufgrund des Verlaufs sei diese eher ungünstig. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass gemäss Punkt 6.3 des Gutachtens der Arbeitsunfähigkeitsverlauf bis aktuell übernommen werden könne. Bei der angestammten Tätigkeit als Maschinenbediener handle es sich um eine mittelschwere Tätigkeit, welche ab Januar 2015 wieder 50 % zumutbar gewesen wäre. In Bezug auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit hielt die RAD-Ärztin fest, der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit könne gemäss Punkt 6.3 des Gutachtens bis aktuell übernommen werden.

6.18 Prof. Dr. med. X.____, Chefarzt, Spital Y.____, Psychosomatik, hielt in seinem Bericht vom 30. Januar 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 4) fest, er habe den Beschwerdeführer am 24. Januar 2017 ohne Dolmetscher exploriert. Der Beschwerdeführer leide an einer Cancer-related Fatigue. Er erfülle die dafür notwendigen Kriterien. Er leide zusätzlich an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.0 oder F32.1). Eine Komorbidität von Cancer-related Fatigue und depressiver Verstimmung sei häufig und mache durch die Überlappung bestimmter Symptome wie Antriebsminderung und Konzentrationsschwierigkeiten die Einschätzung des exakten Schweregrads der depressiven Störung schwierig. Der Beschwerdeführer leide an einer ausgeprägten Rezidivangst, was häufig unter eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.0) subsumiert werde. Dies werde nicht für gerechtfertigt gehalten, weil Patienten mit einer Hypochondrie gesundheitliche Befürchtungen hätten, die objektiv nicht gerechtfertigt seien, während der Beschwerdeführer – laut Aussage von Prof. Dr. med. K.____ von der Begutachtungsstelle H.____ – ein circa 20%iges objektivierbares Rezidivrisiko habe. Für die Beurteilung sei das Bundesgerichtsurteil vom 19. Juni 2013 [BGE 139 V 346] zur Cancer-related Fatigue von Bedeutung. Danach sei die tumorassoziierte Fatigue klar zu trennen vom Chronic fatigue-Syndrom (ICD-10 G93.3). Cancer-related Fatigue sei nach dem Bundesgerichtsurteil ein eigenständiges Krankheitsbild, welches als Begleitsymptom onkologischer Erkrankungen und der

Therapien auftrate, und damit liege der Cancer-related Fatigue zumindest mittelbar eine organische Ursache zugrunde. Aus dem Originaltext der Urteilsbegründung: «Als Begleitsymptom onkologischer Erkrankungen in der Therapie liegt der Cancer-related Fatigue zumindest mittelbar eine organische Ursache zugrunde, weshalb es sich mit der Vorinstanz nicht rechtfertigt, sozialversicherungs-rechtlich auf die tumorassoziierte Fatigue, die zum invalidisierenden Charakter somatoformer Schmerzstörung entwickelnden Grundsätze (BGE 130 V352) analog anzuwenden.» [BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 348]. Zum Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 10. Juni 2016 wurde folgendes festgehalten: Das Gutachten sei sehr sorgfältig abgefasst, fast alle begutachtenden Ärzte explorierten die Müdigkeit des Patienten, seine Kraftlosigkeit und Erschöpfung sowie seine Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten. Unter Punkt 6.2 werde im Gutachten wie folgt festgehalten: «Die vom Exploranden beklagte Müdigkeit und die eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit können auch bedingt sein durch die intensive Chemotherapie, die der Explorand sowohl prä- als auch postoperativ erhalten hat. Es besteht sicherlich auch ein erheblicher Trainingsmangel.» Zusätzlich werde im Bericht festgehalten, dass ein aggravatorisches Verhalten im Untersuchungsgespräch nicht bestanden habe. Was fehle, sei eine Differentialdiagnose, die die Cancer-related Fatigue als mögliche Ursache der Beschwerden des Patienten beinhalte. Cancer-related Fatigue erscheine auch nicht in der Diagnoseliste mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten 30 % arbeitsfähig. Diese Beurteilung ergebe sich aus der Zusammenschau der Exploration des Patienten, der lang anhaltenden Dauer der Cancer-related Fatigue, der vorliegenden Berichte, der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnde Psychiaterin (20 %) und der Begutachtungsstelle H.____ (50 %). Zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit des Patienten: 1. Dosierte körperliche Belastung. Bei der Exploration sei der Eindruck gewonnen entstanden, dass der Patient ein Konzept habe, wonach körperliche Betätigung mit einer körperlichen Gefährdung eingegangen könnte, weshalb er versuche, sich körperlich zu schonen. Er habe auch das Konzept immer wieder Nahrung zu sich nehmen zu müssen, da es sonst seinem Körper schlecht gehe. Prof. Dr. med. X.____ habe dem Beschwerdeführer geraten, mit einem entsprechenden Physiotherapeuten Kontakt aufzunehmen, die für solche Patienten geschult seien, oder in ein medizinisches Trainingsprogramm dosiert einzusteigen. 2. Psychoedukation und Verhaltenstherapie. Diese Interventionen zielten darauf ab, dem Patienten zu helfen, mit der Fatigue-Problematik besser umgehen zu können, seine kognitiven Bewertungen der erlebten Müdigkeit und die damit verbundenen Verarbeitungsstrategien zu verändern und so die Belastung durch die Fatigue zu reduzieren oder zu erleichtern. Der Patient sei in psychiatrischer Betreuung. Inwieweit diese solche Interventionen beinhalten, könne nicht beurteilt werden. 3. Stimulantien. Im Einzelfall möge es durchaus eine Wirkung geben. In randomisierten Studien hätten Amphetamine keinen wirklich überzeugenden Effekt. Diese Massnahmen seien beim Patienten nicht indiziert. 4. Komplementärmedizinische Massnahmen: Es seien Berichte erschienen, dass Akupunktur und Achtsamkeitstraining die Cancer-related Fatigue reduzieren könnten. Da der zeitliche Verlauf der Cancer-related Fatigue im Einzelfall schwer vorhersehbar sei, sollte eine Reevaluation in 2 - 3 Jahren stattfinden. 7. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 17. März 2017 auf das Gutachten der Begutachtungsstelle der H.____ vom 14. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) abstellte, ist nachfolgend zu prüfen, ob dieses beweiswertig ist: 7.1 Das polydisziplinäre Gutachten von Dr. med. I.____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere

Medizin, Dr. med. J.____, FMH Gastroenterologie, Prof. Dr. med. K.____, FMH Onkologie, und Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) vollumfänglich gerecht: So beruht dieses auf den vollständigen Vorakten (IV-Nr. 73 S. 4 ff.), indem die vorhandenen Akten in chronologischer Reihenfolge aufgelistet werden. Anschliessend erfolgt ein Auszug aus den wichtigsten medizinischen Vordokumenten. Es kann daher bei den Experten von der Kenntnis der Anamnese ausgegangen werden. Im Weiteren führten die Gutachter je eine umfassende Exploration des Beschwerdeführers in ihrem jeweiligen Teilgutachten durch (IV-Nr. 73 S. 7 f., 9 f., 14 f., 16), womit auch die subjektiv beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers in die gutachterliche Beurteilung miteingeflossen sind. Das Gutachten basiert zudem auf umfassenden und allseitigen Untersuchungen. So wurde am 12. April 2016 eine Laboruntersuchung durchgeführt und der allgemeininternistische Status erhoben (IV-Nr. 73 S. 8), ferner wurden der Psychostatus nach AMDP (IV-Nr. 73 S. 11), sowie der onkologische und gastroenterologische Status erhoben (IV-Nr. 73 S. 15 f.). Die ausführliche Beurteilung im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens orientierte sich zudem inhaltlich an den durch das Bundesgericht entwickelten Indikatoren für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder (BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.; IV-Nr. 73 S. 11 ff.). Da der psychiatrische Gutachter eine «leichte depressive Episode nach ICD-10 F32.0» diagnostizierte, hält das Gutachten damit auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017) stand. Demnach ist es sach- und systemgerecht, depressive Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 4.5.2). Ferner leuchten auch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So ist die allgemeininternistische Einschätzung von Dr. med. I.____, wonach keine allgemeininternistische Diagnose gestellt werden könne und aus allgemeininternistischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe, aufgrund des erhobenen Status und der durchgeführten Laboruntersuchung nachvollziehbar. Denn dabei präsentierten sich sowohl ein unauffälliger Allgemeinzustand, unauffällige Untersuchungsbefunde und mit Ausnahme eines leicht erniedrigten MCV-Wertes ebenfalls unauffällige Laborbefunde (IV-Nr. 73 S. 8). Aufgrund des festgestellten BMI von 32 kg/m² überzeugt auch, dass der allgemeininternistische Experte eine Gewichtsreduktion empfahl. Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens hielt Dr. med. L.____ u.a. fest, die Stimmung des Beschwerdeführers bei der Exploration sei leicht depressiv gewesen mit leicht verminderter Freudeempfindungsfähigkeit (IV-Nr. 73 S. 11). Diese Beurteilungen erscheinen plausibel, da der Beschwerdeführer zu seinen Zukunftsvorstellungen u.a. angegeben habe, er sei müde, leide unter Übelkeit, die Konzentration sei schlecht, auch in den Augen habe er eine Müdigkeit, es sei nicht besser geworden mit seiner Gesundheit, er habe sonst vor seiner Erkrankung immer gearbeitet und sei stets zuverlässig und pünktlich gewesen, er habe grosse Angst vor dem Spital, wenn er jeweils zu Kontrolle müsse, dass es wieder zu einem Tumor komme und sei auch traurig (IV-Nr. 73 S. 11 oben). Aufgrund der in den Vorakten dokumentierten somatischen gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers (Adenokarzinom des Magens mit anschliessenden Chemotherapien) und der durch ihn beklagten Müdigkeit vermag die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters einzuleuchten, wonach es oft nach einer schweren chronischen somatischen Erkrankung zu einer Leistungsinsuffizienz mit erhöhter physischer und psychischer Ermüdbarkeit sowie somatischen Symptomen komme, wobei es sich diagnostisch um eine

Neurasthenie handle. Der psychiatrische Experte legte anschliessend dar, dass eine depressive Episode abgegrenzt werden müsse. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar, da der Gutachter danach ausführte, dass beim Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung nun depressive Symptome genügend ausgeprägt seien für die Diagnose einer leichten depressiven Episode, so dass eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) diagnostiziert werden könne. Für diese Diagnosestellung sprechen im Übrigen auch die Ausführungen von Dr. med. L.____ bei der Diskussion der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 (IV-Nr. 73 S. 11 ff.). So wurde bspw. in Bezug auf das Kriterium «Gesundheitsschaden» festgehalten (IV-Nr. 73 S. 11 unten), im heutigen psychiatrischen Untersuchungsgespräch hätten sich an objektiven psychopathologischen Befunden eine etwas verminderte Freudeempfindungsfähigkeit mit leichter depressiver Verstimmtheit, Ängste vor einem Tumorrezidiv und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation gezeigt. Die vom Beschwerdeführer beklagte erhebliche Müdigkeit und eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 73 S. 15 unten) führte der onkologische Gutachter Prof. Dr. med. K.____ zum Teil auf die intensive Chemotherapie, die sowohl prä- als auch postoperativ stattgefunden habe, als auch auf ein erhebliches Trainingsdefizit zurück, da körperliche Aktivitäten grösstenteils vermieden würden (IV-Nr. 73 S. 15). Diese Beurteilungen sind sowohl mit Blick auf die vorangehende medizinische Aktenlage mit dokumentiertem Adenokarzinom des Magens sowie der am 12. August 2013 durchgeführten Gastroskopie und der beiden nachfolgenden Chemotherapien und die durch den Beschwerdeführer bei der allgemeininternistischen Exploration zum Tagesablauf geschilderten Angaben plausibel (IV-Nr. 73 S. 10). Demnach helfe er beim Geschirrabwaschen, Staubsaugen könne er nicht lange, lediglich ein Zimmer, dann brauche er eine Pause. Er könne den Wäschekorb nicht zur Waschmaschine im Keller tragen, könne auch keine schweren Sachen tragen, so habe er auch keine Kraft, selbst Einkäufe zu erledigen. Weiter leuchtet ein, dass der Gastroenterologe Dr. med. J.____ gestützt auf seinen erhobenen gastroenterologischen Status (weiches und indolentes Abdomen, grosse, reizlose, quere und obere Laparatomienarbe und zentrale kleine Narbenhernie, keine Organomegalien, keine Resistenzen und normale Darmgeräusche) ausführte, die Ursache der chronischen Müdigkeit, die nach dem Essen verstärkt sei, so dass sich der Beschwerdeführer hinlegen müsse, lasse sich aus gastroenterologischer Sicht nicht direkt erklären. Damit kann dem Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 14. Juni 2016 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

7.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Berichte den grundsätzlichen beweiswertigen gutachterlichen Ausführungen und Diagnosestellungen im Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 14. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) allenfalls entgegenstehen.

7.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. L.____ vom 12. April 2016 (IV-Nr. 73 S. 9 ff.) ist auf die Einschätzungen der den Beschwerdeführer seit 23. Januar 2015 behandelnden Psychiaterin Dr. med. V.____ im Bericht vom 25. September 2015 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) einzugehen. Der Gutachter Dr. med. L.____ hielt diesbezüglich fest (IV-Nr. 73 S. 14), Dr. med. V.____ habe auch eine depressive Episode, die sie aber als mittelgradig angegeben habe, diagnostiziert und auch eine generalisierte Angststörung aufgeführt. Bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne aber nicht zusätzlich eine generalisierte Angststörung diagnostiziert werden, wie die ICD-10 festhalte. Auch sei die Depression hier leicht ausgeprägt, unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10. Auch aufgrund der Aktivitäten, die dem Beschwerdeführer noch möglich seien, könne eine

Arbeitsunfähigkeit nicht attestiert werden. Diese Darlegungen sind schlüssig. So entspricht es einer Erfahrungstatsache, das sich der Schweregrad einer depressiven Episode im Laufe der Zeit verändern kann. Obschon es grundsätzlich offen bleiben kann, ob die im Zeitpunkt des Berichts der behandelnden Psychiaterin vom 25. September 2015 festgestellten Symptome des Beschwerdeführers die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode rechtfertigen, ist diese Diagnosestellung mit gewissen Zweifeln behaftet. So hat sich Dr. med. V. ___ mit dem Schweregrad der depressiven Episode auch nicht vertieft auseinandergesetzt, weshalb dieser nicht nachvollziehbar ist. Es kann zudem auf die Erfahrungstatsache hingewiesen werden, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_733/2012 vom 28. Januar 2013 E. 3.2). Im Zeitpunkt des polydisziplinären Gutachtens vom 14. Juni 2016 ist jedenfalls davon auszugehen, dass es sich lediglich noch um eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) handelt. So habe sich der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Exploration als sehr freundlich und kooperativ gezeigt, habe keine Auffälligkeiten in der Psychomotorik gezeigt, sei während des Gesprächs konzentriert gewesen und habe mit fester Stimme gesprochen. Zudem habe er eine normal ausgeprägte Mimik und Gestik gehabt und die affektive Modulation sei vielleicht etwas eingeschränkt gewesen. Unter dem Titel «Zusammenfassung» führte Dr. med. L. ___ sodann weiter aus, der Beschwerdeführer habe auch Ängste vor einem Tumorrezidiv, eine spezifische Angststörung könne indes sonst nicht diagnostiziert werden (IV-Nr. 73 S. 14 oben). Ähnliche Feststellungen machte denn auch bereits Dr. med. V. ___ im Arztbericht vom 25. September 2015, indem sie den Beschwerdeführer im Kontakt als freundlich zugewandt beschrieb, mit klarem Bewusstsein und allseitiger Orientierung. Die Konzentrationsfähigkeit sei beeinträchtigt, Gespräche verfolge er jedoch aufmerksam. Das formale Denken sei kohärent und nachvollziehbar, es fänden sich keine Anhaltspunkte für ein psychotisches Geschehen. Im Affekt wirke er niedergeschlagen und deprimiert, mit Ängsten rund um seine Krankheit. Es gebe eine Störung seiner Vitalgefühle, er habe das Vertrauen in seinen eigenen Körper verloren und Angst, sich falsch oder zu viel zu bewegen, was zu Schmerzen führen könnte, Insuffizienzgefühle. Der Antrieb sei stark vermindert, er sei motorisch gehemmt, bewege sich ganz vorsichtig, habe das Interesse an normalerweise angenehmen Aktivitäten verloren. Es bestünden keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdungen (IV-Nr. 59 S. 3 oben). Da die behandelnde Psychiaterin in ihrem Arztbericht vom 25. September 2015 mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung nach ICD-10 F41.1 nicht substantiiert auseinandersetzte, kann diese nicht nachvollzogen werden. Es kann jedoch darauf hingewiesen werden, dass sich die vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. V. ___ beklagten Ängste (Angstgefühle und panikartige Angstanfälle, IV-Nr. 59 S. 2) auch im psychiatrischen Teilgutachten der Begutachtungsstelle der H. ___ finden. So hielt Dr. med. L. ___ zum Psychostatus nach AMDP u.a. fest, der Beschwerdeführer habe auch Ängste vor einem Tumorrezidiv angegeben (IV-Nr. 73 S. 11). Damit erweisen sich die durch die beiden Psychiater diesbezüglich erhobenen Befunde als weitgehend identisch. Die Ängste des Beschwerdeführers beziehen sich im Wesentlichen auf seinen somatischen Gesundheitszustand, da er befürchtet, dass erneut ein Krebsleiden entstehen könnte. Da sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. L. ___ somit mit der Diagnose einer Angststörung befasst und diese in der Folge nicht ausgewiesen hat, ist davon auszugehen, dass die Diagnose einer «generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1)» zumindest im Zeitpunkt des Gutachtens der Begutachtungsstelle der H. ___ nicht (mehr)

bestanden hat. Folglich vermag der Arztbericht von Dr. med. V. ___ vom 25. September 2015 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. L. ___ nicht zu schmälern.

7.2.2 Bezüglich des allgemeininternistischen Teilgutachtens von Dr. med. I. ___ ist auf die Berichte des Hausarztes Dr. med. S. ___ vom 11. Oktober 2014 und vom 14. Oktober 2015 einzugehen (vgl. E. II. 6.5 und 6.12 hiervor). Die Ausführungen von Dr. med. I. ___, wonach sich der Arzt für Allgemeine Medizin, Dr. med. S. ___, im Bericht vom 11. Oktober 2014 auf die onkologische Diagnose bezogen habe und daher auf das entsprechende Teilgutachten verwiesen werde (IV-Nr. 73 S. 9), sind nachvollziehbar. So wies Dr. med. S. ___ als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das «wenig differenzierte Adenokarzinom des Magens» und somit eine Diagnose aus dem medizinischen Fachgebiet der Onkologie aus. Gleiches gilt auch in Bezug auf seinen Arztbericht vom 14. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.12 hiervor), wobei er hier zusätzlich festhielt, es bestünden aktuell weder klinische noch laborchemische Hinweise auf ein Rezidiv. Die weiteren durch Dr. med. S. ___ festgehaltenen Diagnosen der Verbrennungen am rechten und linken Unterschenkel sowie der Dyslipidämie und der arteriellen Hypertonie, denen er keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass, stimmen mit den gutachterlichen Einschätzungen von Dr. med. I. ___ überein. So stellte er diese Diagnosen ebenfalls und ging nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nr. 73 S. 9). Folglich kann durch die Berichte von Dr. med. S. ___ nicht von einer Minderung des Beweiswertes des allgemeininternistischen Teilgutachtens von Dr. med. I. ___ ausgegangen werden.

7.2.3 In Bezug auf das onkologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. K. ___ ist auf den Bericht des Spitals F. ___ vom 8. September 2015 einzugehen (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Prof. Dr. med. K. ___ hielt diesbezüglich fest (IV-Nr. 73 S. 16), die Aussage der Onkologie des Spitals F. ___, der Explorand berichte über einen guten Allgemeinzustand und eine erhaltene Leistungsfähigkeit, widerspreche den Aussagen und Berichten des Exploranden bei der jetzigen Besprechung. Eine Einschätzung der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit der behandelnden Onkologen liege nach dem Abschluss der Magenkarzinombehandlung nicht vor. Diese Ausführungen überzeugen, da der Beschwerdeführer anlässlich der onkologischen gutachterlichen Exploration angegeben habe (IV-Nr. 73 S. 15 oben), seine körperlichen Aktivitäten seien sehr eingeschränkt, er treibe keinen Sport, könne nicht Velofahren, da er dabei Angst bekomme. Er sei in grosser Sorge, dass die Erkrankung rückfällig werde. Es kann daher im Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. med. K. ___ nicht (mehr) unbeschrieben von einer erhaltenen Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Ausserdem äusserten sich die behandelnden Onkologen nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Eine Einschränkung des beweismässigen onkologischen Teilgutachtens liegt somit nicht vor.

7.2.4 Im gastroenterologischen Teilgutachten hielt Dr. med. J. ___ fest, es lägen keine früheren gastroenterologischen Einschätzungen vor (IV-Nr. 73 S. 17). Diesen Ausführungen kann gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten gefolgt werden. Demnach wird der Beweiswert des gastroenterologischen Teilgutachtens der Begutachtungsstelle H. ___ nicht verringert.

7.2.5 Das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle H. ___ vom 14. Juni 2016 wird durch die zeitlich vorangehenden medizinischen Berichte nicht geschmälert.

7.3 Es ist zu prüfen, ob der nach Vorliegen des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle H. ___ verfasste medizinische Bericht des Psychosomatikers Prof. Dr. med. X. ___ vom 30. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) allenfalls dessen Beweiswert in Zweifel zu ziehen vermag. Im Bericht vom 30. Januar 2017 wurde die neue Diagnose einer «Cancer-related Fatigue» sowie die bereits in den medizinischen Vorakten dokumentierte «leichte bis

mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.0 oder F32.1)» ausgewiesen. Es kann zunächst festgehalten werden, dass sich der medizinische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bzw. die festgestellten Befunde im Bericht von Prof. Dr. med. X. ___ als nicht wesentlich anders präsentieren als im Rahmen des Gutachtens der Begutachtungsstelle H. ___. So führte der Psychosomatiker Prof. Dr. med. X. ___ auch aus, das Gutachten sei sehr sorgfältig abfasst worden. Es hätten fast alle begutachtenden Ärzte eine Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten festgestellt. Ausserdem sei ein aggraviorisches Verhalten im Untersuchungsgespräch verneint worden. Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Prof. Dr. med. X. ___ finden sich in dessen Bericht ähnliche Ausführungen: So habe der Beschwerdeführer angegeben, v.a. unter Lust- und Kraftlosigkeit sowie einer Müdigkeit zu leiden, die ihn stark einschränke. Er sei oft mit der Frage beschäftigt, ob der Tumor wieder komme und seine Gedanken kreisten auch um die Frage, warum er eigentlich krank geworden sei. Betreffend den Tagesablauf habe er weiter angegeben, unter Konzentrationsschwierigkeiten zu leiden und fallweise schlecht zu schlafen (Beschwerdebeilage Nr. 4 S. 2). Aufgrund dieser Ausführungen präsentiert sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers im Bericht vom 30. Januar 2017 im Vergleich zum Gutachten der Begutachtungsstelle H. ___ als nicht wesentlich verändert. Weiter hielt der onkologische Gutachter Prof. Dr. med. K. ___ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers u.a. fest, dass die im Vordergrund des Beschwerdebilds stehende Müdigkeit und eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit zum Teil noch durch die intensive Chemotherapie bedingt sein könnten. Somit wurde ein allfälliger Zusammenhang mit der Chemotherapie und damit implizit mit der Krebserkrankung des Beschwerdeführers in Betracht gezogen. Im Gegensatz zu Prof. Dr. med. X. ___ wies der onkologische Gutachter indes die Diagnose einer «Cancer-related Fatigue» nicht aus. Bei der krebsbedingten Fatigue handelt es sich um ein multidimensionales Syndrom, unter dem die Mehrheit der Krebspatientinnen und -patienten während der Therapie leidet. Die CrF kann viele Jahre nach Therapieabschluss andauern und wird durch physische, psychologische und auch soziale Faktoren beeinflusst. Alle Erklärungsmodelle zur Ursache und Entstehung von Müdigkeits- und Erschöpfungssyndromen gehen von komplexen und multikausalen Vorgängen aus. Bei der CrF können diese durch den Tumor bedingt oder Folge der Therapie, aber auch Ausdruck einer genetischen Disposition, begleitender somatischer oder psychischer Erkrankungen, wie auch verhaltens- oder umweltbedingter Faktoren sein (vgl. BGE 139 V 346 E. 3.2). Da sowohl der Onkologe Prof. Dr. med. K. ___ als auch der Psychosomatiker Prof. Dr. med. X. ___ zwischen der beim Beschwerdeführer bestehenden Müdigkeit und Kraftlosigkeit und dem durchgemachten Krebsleiden inkl. Chemotherapie einen Zusammenhang sehen bzw. in Betracht ziehen, ist davon auszugehen, dass es sich bei der neu festgestellten Diagnose einer Cancer-related Fatigue einzig um eine unterschiedliche ärztliche Beurteilung desselben Sachverhalts handelt. Aufgrund dieser Ausführungen laufen die Vorbringen des Beschwerdeführers in der Beschwerdeschrift vom 1. Mai 2017 (A.S. 20), wonach es der onkologische Teilgutachter unterlassen habe, ein Cancer-related Fatigue zu diagnostizieren, ins Leere. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 19) vermag somit der Bericht von Prof. Dr. med. X. ___ vom 30. Januar 2017 die beweismässigen Ausführungen und Diagnosestellungen im Gutachten der Begutachtungsstelle H. ___ vom 14. Juni 2016 nicht in Frage zu stellen.

7.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle H. ___ vom

14. Juni 2016 nicht zu schmälern vermögen. 7.5 Nachfolgend ist auf die weiteren gegen den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle H.____ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen (vgl. A.S. 17 ff.): 7.5.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, der psychiatrische Gutachter der Begutachtungsstelle H.____ habe eine Diskussion über eine gesundheitliche Ursache für das Scheitern der Ziele im Belastbarkeitstraining unterlassen (A.S. 17). Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass im Rahmen der aufgelisteten Vorakten des Gutachtens (IV-Nr. 73 S. 4) auch der Schlussbericht des Belastbarkeitstrainings bei der G.____ aufgeführt wird und daher beim psychiatrischen Experten von der Kenntnis der entsprechenden Ergebnisse des Belastbarkeitstrainings auszugehen ist. Dr. med. L.____ hielt denn auch explizit fest (IV-Nr. 73 S. 12), dass das Belastbarkeitstraining bei der G.____ nicht erfolgreich gewesen sei, hänge mit motivationalen Faktoren zusammen. So habe der Beschwerdeführer dort gemäss den Akten nicht einmal das anfängliche Ziel von 50 % Arbeitsfähigkeit erreichen können. Folglich hat sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. L.____ mit dem Belastbarkeitsversuch auseinandergesetzt. Inwiefern eine vertieftere Auseinandersetzung hätte erfolgen sollen, ist nicht ersichtlich und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Damit läuft das Vorbringen des Beschwerdeführers ins Leere. 7.5.2 Der Beschwerdeführer hält zudem dafür, die Aussage des psychiatrischen Gutachters der Begutachtungsstelle H.____ überzeuge nicht, wonach die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft seien und prinzipiell ein Antidepressivum helfen könnte (A.S. 18). Denn es sei nicht von Grundsätzen, sondern vom konkreten Fall auszugehen. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. So gab der Beschwerdeführer während der psychiatrischen Exploration an, er erhalte von der behandelnden Psychiaterin keine Medikamente, da sonst «sein Gewicht nur noch zunehme» (IV-Nr. 73 S. 9). Dem Arztbericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. V.____ vom 25. September 2015 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) sind dazu keine Angaben zu entnehmen. Es ist unter Einbezug der beim Beschwerdeführer diagnostizierten depressiven Episode indes nachvollziehbar, dass der Psychiater Dr. med. L.____ der Ansicht ist, die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Dies insbesondere gestützt auf seine anschliessenden Ausführungen, wonach die regelmässige Einnahme eines sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivums auf die Nacht auch bereits in niedriger Dosierung hilfreich sein könnte. Da der Beschwerdeführer v.a. über Bauchschmerzen und Schlafstörungen klagte (IV-Nr. 73 S. 11) ist damit der Bezug zum vorliegenden Fall ebenfalls gegeben. 7.5.3 Der Beschwerdeführer stellt sich ferner auf den Standpunkt, das psychiatrische Teilgutachten der Begutachtungsstelle H.____ überzeuge nicht, wonach beim Beschwerdeführer bezüglich Familie und einem Kollegen Ressourcen bestünden (A.S. 18). Der Beschwerdeführer gab im Gespräch mit dem psychiatrischen Gutachter u.a. an, zu seinen auch in der Schweiz lebenden vier Geschwistern guten Kontakt zu haben, mit der jüngeren Tochter und der Ehefrau gemeinsam in einer Wohnung zu leben und selbst Auto zu fahren, wenn auch nur kurze Strecken. Zudem sei er alle zwei Wochen in psychiatrischer Behandlung, wobei ihn die Ehefrau oder ein Kollege jeweils hinfahren würden. Kontakte habe er zur Familie und zu ein paar Kollegen, mit denen er spazieren gehe (IV-Nr. 3 S. 9 f.). Aufgrund dieser Ausführungen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer sowohl über familiäre als auch kollegiale Beziehungen, somit über soziale Kontakte, verfügt. Ein ausgesprochener sozialer Rückzug ist nicht erkennbar. Daher überzeugen die Feststellungen des psychiatrischen Gutachters, wonach der Beschwerdeführer durchaus Kontakte habe, wenn vielleicht zu Kollegen auch nicht mehr so viele. Er habe indes gute Kontakte mit der Familie, ein Kollege habe ihn mit dem Auto zur

Untersuchung gefahren und er nehme eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wahr. Es kann somit auch der daraus gezogenen gutachterlichen Schlussfolgerung gefolgt werden, wonach der Beschwerdeführer Ressourcen habe, auf die er zurückgreifen könne. Aus dem vom Beschwerdeführer diesbezüglich ins Feld geführten Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 E. 4.4 kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dieses erweist sich für den vorliegenden Fall als nicht einschlägig. So geht es in diesem Urteil um einen in sozialer Hinsicht sehr zurückgezogen lebenden Versicherten, dessen zwischenmenschliche Kontakte sich im Wesentlichen auf den alltäglichen Umgang mit der Ehefrau sowie Besuche der Kinder und Enkel beschränken.

7.5.4 Aus dem Vorbringen, das psychiatrische Teilgutachten der Begutachtungsstelle der H.____ sei widersprüchlich, weil zum einen eine leichte depressive Episode mit 100%iger Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung benannt werde und zum anderen als Folge der schweren chronischen somatischen Erkrankung häufig eine Leistungsinsuffizienz mit erhöhter psychischer Ermüdbarkeit und einem chronischen Verlauf mit deutlicher Krankheitsüberzeugung mit ungünstiger Prognose bestätigt werde (A.S. 18), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Ein Widerspruch ist darin nämlich nicht zu sehen. So hielt der psychiatrische Gutachter in schlüssiger Weise fest, dass es sich betreffend die Leistungsinsuffizienz diagnostisch um eine Neurasthenie handle, die aber von der depressiven Episode abzugrenzen sei (IV-Nr. 73 S. 14). Da beim Beschwerdeführer die Symptome genügend ausgeprägt seien für eine leichte depressive Episode ist nicht zu beanstanden, dass Dr. med. L.____ einzig diese Diagnose stellte und ihr keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Denn gemäss dem psychiatrischen Experten könne die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, gar nicht mehr arbeiten zu können, mit objektiv erhebbaren psychiatrischen Befunden nicht gestützt werden (IV-Nr. 73 S. 14).

7.5.5 Dem Argument des Beschwerdeführers, wonach die durch den onkologischen Teilgutachter der Begutachtungsstelle H.____ als notwendig erachtete neurologische Untersuchung unterlassen worden sei und die Beschwerdegegnerin daher Art. 43 ATSG nicht erfüllt habe (A.S. 21), kann nicht gefolgt werden. Zwar kann das Vorbringen des Beschwerdeführers insoweit nachvollzogen werden, als der Onkologe Prof. Dr. med. K.____ in seinem Teilgutachten ausführte, der Tremor des rechten Arms / der rechten Hand sollte neurologisch abgeklärt werden (IV-Nr. 73 S. 16). Aufgrund der Nachfrage bei der Begutachtungsstelle der H.____, hielten die Gutachter Dres. med. I.____ und W.____ in ihrem Schreiben vom 7. September 2016 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) fest, der Handtremor sei nicht als konsistent bei den verschiedenen Untersuchungen zugeordnet worden und dementsprechend ohne wesentliche Beeinflussung der Situation. Diese Ausführungen leuchten ein, da der Tremor einzig im onkologischen Teilgutachten beschrieben wurde. Dies hielt auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. B.____ in ihrer Stellungnahme vom 31. August 2016 fest (vgl. E. II. 6.15 hiervor), indem sie darauf hinwies, dass der im onkologischen Teilgutachten gesehene Handtremor allgemeininternistisch nicht habe beobachtet werden können.

7.5.6 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers am Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle H.____ vom 14. Juni 2016 keine Zweifel hervorzurufen vermögen.

7.6 Dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 14. Juni 2016 ist somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat somit mit Verfügung vom 17. März 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf dieses Gutachten abgestellt. Es ist daher in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gutachten auszugehen: Damit besteht beim Beschwerdeführer für körperlich schwer

belastende Tätigkeiten keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr. Für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten – zu denen auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers bei der C.____ gehörte (vgl. E. II. 6.17 hiavor) – bestand von August 2013 bis Ende Mai 2014 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Ab Juni 2014 bis im Dezember 2014 hat die Arbeitsfähigkeit 25 % und anschliessend ab Januar 2015 50 % betragen. Ab Januar 2017 ist von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. 8. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3.3. hiavor) und anschliessend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die berechneten IV-Grade von 75 % ab 12. August 2014 und 55 % ab 1. Januar 2015 korrekt errechnet hat (A.S. 2): 8.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab August 2014 (Beginn Wartejahr: August 2013) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 8.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen; 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]). 8.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (vgl. IV-Nrn. 9, 27, 47) besuchte der Beschwerdeführer während acht Jahren die Primar- und Oberschule in [...] und absolvierte anschliessend die dreijährige Ausbildung als Maurer. Danach war er während 15 Monaten im Militärdienst. Auf seinem Beruf arbeitete der Beschwerdeführer nicht. 1984 kam er in die Schweiz, wo er zunächst bis 1985 während der Saison jeweils vom März bis im Dezember auf Baustellen für die Firma Z.____ tätig war. Dann arbeitete er von 1986 bis 2000 als Produktionsmitarbeiter bei der Firma AA.____ und war ab dem Jahr 2000 bis zu seiner Erkrankung im August 2013 als Maschinenbediener bei der Firma C.____ zu 100 % beschäftigt. Es erfolgte dort ab 7. Juli 2014 ein Arbeitsversuch an einem Schonarbeitsplatz, der nach dem ersten Tag durch den Beschwerdeführer abgebrochen wurde. Am 22. September 2014 fand ein neuer Versuch statt. Das Arbeitsverhältnis wurde aus gesundheitlichen Gründen per 5. Juni 2015 durch die Arbeitgeberin aufgelöst. Ab dem 20. April 2015 fand bei der G.____ ein Belastbarkeitstraining statt. Dieses wurde per 13. Mai 2015 durch die Arbeitgeberin aufgelöst (IV-Nr. 52). Seither ist der Beschwerdeführer arbeitslos. 8.1.3 Da dem gelernten Beschwerdeführer die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Maschinenbediener in der Firma C.____ aus gesundheitlichen Gründen per 5. Juni 2015 gekündigt wurde und er seither nicht mehr in einem festen Arbeitsverhältnis tätig war, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma C.____ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Daher hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf das zuletzt bei der Firma C.____ erzielte Einkommen im Jahr 2014 von CHF 68'267.00 (13 x CHF 5'252.00, vgl. IV-Nr. 87 S.3)

abgestellt. Somit beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 68'267.00. 8.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). 8.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 7.6 hiavor), ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer ab Juni 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 25 % und ab 1. Januar 2015 in angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % besteht. Folglich ist das Invalideneinkommen für die Zeit ab Juni 2014 und ab Januar 2015 separat zu berechnen: Da der Beschwerdeführer bis am 5. Juni 2015 bei der Firma C.____ beschäftigt war, ist das Invalideneinkommen für die Zeit ab Juni 2014 auf der Grundlage des bei der Firma C.____ erzielten Entgeltes zu berechnen. Folglich ist beim Invalideneinkommen ab Juni 2014 vom selben Lohn wie bereits bei der Berechnung des Valideneinkommens auszugehen (vgl. E. II. 8.1.3 hiavor). Damit entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (sogenannter Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 9C_675/2016 vom 18. April 2017 m.w.H.). Somit beträgt der IV-Grad ab Juni 2014 75 %. Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab 1. Januar 2015 eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 50 % auszuüben, muss das Invalideneinkommen ab dem 1. Januar 2015 aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2014, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'426.00 auszugehen (LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, Ziff. 10 - 33 [Verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren], Total Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,3 im Jahr hochzurechnen ($CHF\ 5'426.00 \times 12 [: 40 \times 41.4] = CHF\ 67'228.15$) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2015 anzupassen ($: 103,5 \times 104,2$). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 67'682.80. Unter Einbezug der 50%igen Arbeitsfähigkeit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt CHF 33'841.40. Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, das Abstellen der Beschwerdegegnerin auf die Ziff. 10 - 33 und damit auf den Sektor 2 (Produktion) überzeuge nicht (A.S. 16). Denn er habe seine Arbeitsstelle verloren und müsse sich beruflich neu orientieren. Die Tätigkeiten in den Ziff. 10 - 33 bestünden grösstenteils aus Gewerbe und der Herstellung von Waren, wobei das Kompetenzniveau 1 erfahrungsgemäss überdurchschnittlich oft körperlich belastende, anstrengende Arbeit beinhalte, wozu der Beschwerdeführer aber wegen seiner Krebserkrankung nicht mehr in der Lage sei. Es müsse auf den Sektor 3 «Dienstleistungen», Ziff. 45 - 96, abgestellt werden. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt. Das Kompetenzniveau 1 umfasst nach der Definition in der LSE einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art. Es kommt nach der Rechtsprechung zur Anwendung, wenn einer versicherten Person nur Hilfsarbeiten zur Verfügung stehen, weil sie keine berufliche Ausbildung und keine verwertbaren beruflichen Vorkenntnisse hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 6.3). Das Kompetenzniveau 1 entspricht somit einfachen und repetitiven Arbeiten von ungelernten Arbeitnehmenden (Urteil des Bundesgerichts 8C_469/2016 vom 7. September 2016 E. 4.3.2). Diese Voraussetzungen treffen auf den Beschwerdeführer zu. Denn obschon er in [...] eine Lehre als Maurer abgeschlossen hat, arbeitete er in der Folge nie in diesem Beruf. Er übte sodann in der Schweiz diverse Tätigkeiten auf dem Bau, als Maschinenbediener bei der Firma AA.____ und als Produktionsmitarbeiter bei der Firma C.____ aus. Das Abstellen auf das

Kompetenzniveau 1 erweist sich demnach als sachgerecht. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers rechtfertigt sich das Abstellen auf den Sektor 3 «Dienstleistungen», Ziff. 45 - 96, nicht, da der Beschwerdeführer aufgrund der vorliegenden Akten ausserhalb des Produktionssektors nicht über besondere Kompetenzen verfügt, die ihn vom Hilfsarbeiter abheben. Es ist davon auszugehen, dass die für den Beschwerdeführer geeigneten Tätigkeiten wie das Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten, Sicherheitsdienst und Fahrdienst im Produktionssektor stärker vertreten sind als im Dienstleistungssektor. So ergeben sich keine Anhaltspunkte für Erfahrungen des Beschwerdeführers im Dienstleistungsbereich. Der Beschwerdeführer kann seine verbleibenden Fähigkeiten daher im Sektor Produktion insgesamt wohl besser verwerten als im Dienstleistungssektor.

8.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier ab Januar 2015 der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 54 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer Schweizer Bürger ist (IV-Nr. 6 S. 5) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Aufgrund der vorliegenden Akten scheint sich beim Beschwerdeführer auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht zu stellen, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der behinderungsbedingt erschwerten Eingliederung einen Abzug von 10 % vorgenommen hat. Der vom Beschwerdeführer beantragte Abzug von 20 % (A.S. 15) erweist sich als nicht gerechtfertigt: So argumentiert der Beschwerdeführer diesbezüglich zum einen damit, dass er nicht zu viel Nahrung auf einmal essen könne und daher jede zweite Stunde etwas essen müsse. Aus den vorliegenden Akten geht hervor, dass der Operateur Prof. Dr. med. E.____ den Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch einen Restmagen habe, nicht als Hinderungsgrund für die Ausübung einer vollen Arbeitsfähigkeit einschätzte (vgl. E. II. 6.9 hiervor). Da in den vorliegenden Akten keine dieser Einschätzung widersprechende ärztliche Beurteilung ersichtlich ist, lässt sich aufgrund dieser Essgewohnheiten kein zusätzlicher Abzug des Tabellenlohnes formulieren. Der Beschwerdeführer führt zum anderen aus, es sei ihm aufgrund des Teilzeitpensums ein Abzug zu gewähren (A.S. 15). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wurde bei Männern, welche

gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich mit einem Pensum von höchstens 75 % erwerbstätig sein können, ein Abzug von rund 10 % anerkannt (Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2011 vom 23. Januar 2012 E. 4.2.2). Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87; Urteile des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1 mit Hinweisen, 9C_139/2013 vom 26. Juni 2013 E. 3.4.2). Die statistischen Werte für das Jahr 2012 lassen es jedoch als fraglich erscheinen, ob eine derartige Einbusse ausgewiesen ist (vgl. die Beilage zum IV-Rundschreiben Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 22. Oktober 2014 «Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht»). Männer ohne Kaderfunktion mit einem Pensum von mehr als 75 % verdienen gemäss dieser Statistik sogar mehr als vollzeitlich Erwerbstätige, so dass das Pensum von 80 % jedenfalls keinen Grund für einen Abzug bildet. Darauf ist auch im vorliegenden Fall abzustellen. Demnach gebietet sich auch diesbezüglich kein Abzug. Das Invalideneinkommen beträgt folglich ab Januar 2015 CHF 30'457.25. 8.3 Damit ergibt sich für die Zeit ab Juni 2014 ein IV-Grad von 75 % und ab 1. Januar 2015 bei einem Valideneinkommen von CHF 68'267.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 30'457.25 eine Erwerbseinbusse von CHF 37'809.75, die einem IV-Grad von gerundet 55 % entspricht. 9. Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer ab 1. September 2014 korrekterweise ausgerichtete ganze Rente per 1. April 2015 (Art. 88a Abs. 1 IVV) auf ein halbe Rente reduziert hat. Damit ist die Beschwerde abzuweisen und die Verfügung vom 17. März 2017 zu bestätigen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen sind. Ihm ist somit die Differenz von CHF 400.00 zurückzuerstatten.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.